

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

176
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul TIMAL

Né à Cambrai (Nord), le 20 octobre 1884

LA

CONSOLIDATION DE LA BLESSURE

DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Président : M. RECLUS, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

176

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

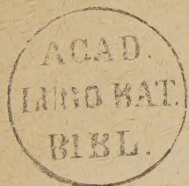
Paul TIMAL

Né à Cambrai (Nord), le 20 octobre 1884

LA

CONSOLIDATION DE LA BLESSURE

DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL



Président : M. RECLUS, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETT-RER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR EDMOND TIMAL

Médecin en Chef de l'Hôpital général de Cambrai
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL RECLUS

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'honneur

LA

CONSOLIDATION DE LA BLESSURE

DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

AVANT-PROPOS

La loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, loi qu'inspira une haute et utile conception de justice sociale, provoque chaque jour des discussions que les parties adverses soutiennent avec une tenace âpreté et l'on peut affirmer que, dans ces discussions, se retrouve l'écho restreint de la lutte des classes. Pour défendre des intérêts également précieux, le patron et l'ouvrier s'efforcent d'apporter aux questions d'espèce qui les divisent des solutions différentes. Sur l'origine, la nature et les suites d'une blessure, le médecin du patron et celui de l'ouvrier vont, adversaires d'un jour, porter des diagnostics parfois contradictoires, mais toujours sincères. Le sens précis de la vérité et de la justice, le souci de l'impartialité, le respect qu'ils doivent à leur con-

science régleront leur conduite et leur décision. Et il leur faudra, au surplus, pour satisfaire à tous leurs devoirs, y joindre la notion compréhensive des intérêts de leurs clients. C'est l'honneur de notre corporation de garder sans faiblesse ces principes essentiels.

Cependant, une telle attitude, pour nécessaire qu'elle soit, ne saurait fournir au tribunal, chargé de juger le cas, les éléments indispensables à la formation de sa conviction ; il faudra encore « éclairer sa religion ». Aussi y a-t-il lieu souvent de nommer un médecin expert qui départagera les avis et dont la sentence entraînera celle des juges. Et alors commence pour l'expert l'ère des perplexités.

S'il doit donner des avis précis sur des faits pathologiques dont l'évolution et les conséquences varient avec chaque cas, il doit aussi s'ingénier à sauvegarder la susceptibilité légitime d'un confrère qui a conclu dans un sens différent, au moyen d'observations et de déductions fort vraisemblables. L'embarras de l'expert s'augmente encore parfois de la présence de symptômes dont l'intensité n'est pas en rapport direct avec le traumatisme subi ou les lésions constatées, soit qu'il s'agisse d'un ouvrier simulateur, soit qu'il s'agisse d'un sujet névro-psychopathique chez lequel le moindre traumatisme produisant un effet indirect sur les centres, fait naître des syndromes complexes et entraîne des incapacités que les lésions anatomiques ne suffisent pas à expliquer.

Et que de cas — où la relation de cause à effet ne se révèle pas franchement — l'expert doit trancher !

Quelles difficultés il y a de répondre à des questions de ce genre : telle paralysie est-elle vraiment imputable à l'accident ; telle tumeur blanche a-t-elle été « créée » par un traumatisme ; telle hernie fut-elle acquise à la suite d'un effort ; telle pneumonie même, n'est-elle pas la conséquence d'un accident du travail ?

Enfin, on conçoit à quel point il sera délicat pour l'expert qui aura déjà répondu à l'une de ces questions, de déterminer encore si la blessure est ou non consolidée.

Pour donner à ce problème une solution exacte qui en renferme toutes les données, il faudrait un accord unanime sur le sens qu'il convient de fixer au mot : consolidation. Or, il se rencontre sur ce mot des divergences nombreuses et fâcheuses. Chacun ajoute ou retranche à la définition proposée et le législateur lui-même ne s'est pas expliqué nettement sur son sens. De cette obscurité naissent la plupart des conflits : nous essaierons d'apporter un peu de lumière. Ce labeur serait dur et peut-être vain si nous n'avions eu l'inappréciable bonheur de suivre, à l'Hôtel-Dieu, les cliniques où M. le professeur Paul Reclus a traité définitivement, avec une autorité absolue, cette importante question. Des notes recueillies pendant les leçons, nous avons formé le fond de notre thèse. Elle comprendra deux parties :

Dans la première, nous nous efforcerons de définir la consolidation, d'en détacher le sens juridique, bien

différent du sens chirurgical, d'en déterminer les phases et d'en marquer les effets.

Dans la seconde partie, nous étudierons quelques problèmes médico-légaux relatifs à la consolidation.

Nous prions M. le professeur Reclus, qui fut notre premier maître dans les hôpitaux de Paris, de vouloir bien recevoir nos respectueux remerciements et nous l'assurons de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

PREMIÈRE PARTIE

I

HISTORIQUE

Le 28 octobre 1897, à la tribune de la Chambre, M. le député Louis Ricard prononçait pour la première fois le mot « consolidation », mot qui allait faire naître tant de discussions, qui allait bientôt se trouver à la base de tant d'arrêts rendus par les tribunaux, et qui pourtant ne figure pas dans le texte de la loi de 1898.

Cependant le garde des Sceaux l'emploie pour la première fois le 10 juin 1899, dans une circulaire :

Le médecin sera invité à indiquer la date probable à laquelle la blessure sera consolidée.

Le 6 décembre 1899, le juge de paix du XI^e arrondissement fait apparaître ce terme, pour la première fois, dans un jugement :

Attendu, dans l'espèce, que les blessures de la victime, suivant l'expression technique, paraissent actuellement consolidées, c'est-à-dire que depuis quelque temps déjà, l'infirmité chronique incurable a succédé à la lésion aiguë.

Le mot faisait encore l'objet d'une discussion à la Chambre des députés le 30 mai 1901.

M. LEVRAUD. — C'est un bien mauvais mot.

M. MIRMAN. — Trouvez en un autre ; nous serions très disposés à l'accepter.

M. LEVRAUD. — Le mot ne doit s'appliquer qu'aux fractures ; appliqué aux blessures, il n'a pas de sens.

M. LE RAPPORTEUR. — Bien souvent, on voit le sens d'un mot prendre de l'extension, et nous serions tous bien embarrassés si on nous interdisait l'emploi de mots qui ont été détournés de leur sens étymologique par l'usage, la tradition ou même la loi (1).

En dépit de toutes les objections qui lui furent faites, le mot est maintenant admis.

1. *Journal officiel*, 1901, p. 1178.

II

DÉFINITION DE L'ACCIDENT ET DE LA CONSOLIDATION

L'article premier de la loi du 9 avril 1898 débute ainsi :

Les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés...

Mais le législateur ne définit pas « l'accident ». M. Marestaing, directeur d'une des grandes compagnies d'assurances françaises, dans son rapport sur la définition des accidents du travail dans les divers pays, déclare que « l'accident est une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure ».

Avant l'application même de la loi, M. Lebreton, ministre de la Justice, écrivait dans une circulaire adressée aux tribunaux le 10 juin 1899 :

L'accident, tel qu'il faut l'entendre dans notre matière,

consiste dans une lésion corporelle, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

M. Monis, pendant son ministère, s'exprime de même dans une circulaire envoyée aux tribunaux le 22 août 1901.

Dans son bel ouvrage sur les *Accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique* M. le professeur Thoinot dit :

Toute blessure externe, toute lésion médicale, tout trouble nerveux psychique résultant de l'action soudaine d'une violence extérieure, intervenant pendant le travail ou à l'occasion du travail, et toute lésion interne déterminée par un effort violent au cours du travail.

Voici la définition de M. le professeur Reclus :

On nomme accident du travail un événement imprévu et soudain, survenu du fait ou à l'occasion du travail et qui provoque dans l'organisme une lésion ou un trouble fonctionnel passager ou permanent.

La soudaineté doit être un des éléments caractéristiques de l'accident du travail. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Elle servira à distinguer les lésions acquises dans les accidents du travail de celles acquises dans l'exercice de professions qui ne sont pas indemnisées par la loi. Le cas se produira par exemple, lorsqu'un individu sera pris brusquement de coliques de

plomb, résultat d'une intoxication lente, rentrant dans le groupe des maladies professionnelles.

Nous venons de définir l'accident du travail: celui-ci, d'après la loi de 1898, peut se terminer de quatre façons différentes ; par la mort, par la guérison après une incapacité temporaire, par une incapacité permanente totale, enfin par une incapacité permanente partielle, et c'est dans ce cas seulement que l'on a à envisager « la consolidation de la blessure ».

« La blessure est-elle consolidée ? A quelle date faut-il fixer la consolidation de la blessure ? »

Telles sont les questions posées quotidiennement par les magistrats aux experts, médecins ou chirurgiens.

Dans ces questions, au premier abord si simples, il y a un double écueil à éviter. En effet, le mot blessure, tel qu'on doit l'entendre, appliqué aux accidents du travail, a une signification bien différente du mot blessure appliqué à la pathologie.

Chirurgicalement la blessure est une lésion dans laquelle les tissus sont plus ou moins altérés, présentent une solution de continuité.

En matière d'accidents du travail, le mot blessure désigne tout état pathologique consécutif à un accident, que les troubles manifestés par cet état soient ou non sous la dépendance d'une lésion anatomique, relevant de la pathologie externe.

C'est ainsi que le mot « blessure » arrive à embrasser les manifestations morbides les plus diverses, voire même les névroses et les troubles mentaux.

On arrive alors à parler de « consolidation » à propos d'une neurasthénie traumatique. Cela peut paraître une gageure, mais il faut s'y résoudre puisqu'il n'y a pas de mot meilleur ou, si l'on veut, moins mauvais, à la disposition du médecin.

Von Rohr a pu, se plaçant au point de vue qui nous occupe, définir la blessure : « Tout trouble de la santé physique ou morale, déterminé par un accident... »

Voici donc un premier point nettement établi : la consolidation de la blessure, dans les accidents du travail, ne signifie pas consolidation de la blessure chirurgicale; c'est la consolidation de toutes les manifestations morbides consécutives à l'accident.

Et maintenant, qu'est-ce donc que la consolidation en elle-même ?

Le mot de consolidation, dit Boyers dans sa thèse, réservé d'abord à la réparation des fractures, a embrassé la réparation de toute blessure, et comprend finalement la réparation de tous les états désignés comme tels.

Voilà une définition dont on doit accepter la première partie, mais dont la seconde qui définit la consolidation : « la réparation de tous les états désignés comme blessure » ne peut plus être admise.

Voici, en effet, un ouvrier dont la main a été broyée dans un accident ; les soins énergiques lui ont évité des troubles infectieux. Sa plaie est aujourd'hui cicatrisée, mais en place de main, il ne lui reste

qu'un moignon. Tous soins sont désormais inutiles.

Le tribunal, sur le rapport des experts, décidera la blessure consolidée, et pourtant elle n'est pas réparée.

Il faut donc chercher une autre définition.

Aussi bien l'auteur de la thèse précitée dit plus loin :

Le mot ne préjuge pas guérison, du moins dans le sens de *restitutio ad integrum*. C'est l'état du blessé au moment où la guérison a atteint une limite qu'elle ne pourra plus dépasser, malgré tous les soins que l'on continuera à donner.

D'autres définitions nombreuses ont été proposées : nous en citerons quelques-unes.

Voici d'abord un attendu de la Chambre des requêtes de la Cour de cassation, qui, fixant le point de départ de la rente à la date de consolidation de la blessure, nous renseigne sur le sens que la Cour suprême attache à ce mot :

Attendu qu'en accordant à l'ouvrier atteint d'une incapacité de travail partielle et permanente, d'abord l'indemnité du demi-salaire pendant sa maladie, ensuite une rente viagère égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir à son salaire, l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 a nécessairement entendu que le point de départ de la rente serait le moment où la maladie ayant pris fin, les parties seraient fixées sur le salaire nouveau que le blessé pourra gagner, que ce moment ne peut être que la date de la consolidation de la blessure, celle

à laquelle la victime sera en mesure de se remettre au travail.
(Arrêt du 24 février 1902.)

M. Moré, président de la quatrième Chambre, précise :

La date à laquelle se place le moment où l'accidenté a su ou a dû savoir quelles seraient la nature et l'importance de son incapacité définitive ; la date à laquelle le traitement a été terminé.

Pour M. G. Brouardel :

La date de la consolidation de la blessure et le moment à partir duquel l'état du blessé est devenu immuable.

Mais quel est l'expert qui osera affirmer que l'état est devenu immuable ?

D'après Wagner :

Les magistrats entendent par date de la consolidation de la blessure, l'époque à laquelle la blessure a pris un caractère qui, soit dans le sens de la guérison, soit dans le sens de l'infirmité, soit absolument définitif.

Pour Forgue et Jeanbrau :

La consolidation désigne l'état d'une blessure qui s'est réparée en laissant une lésion ou un trouble professionnel permanent, non susceptible d'amélioration par un traitement.

Bellom écrit :

Le point de départ de la pension doit être, par suite, le jour de la guérison ou de la consolidation de la blessure, c'est-à-

dire le jour où l'état physique est devenu définitif et où notamment, en cas d'incapacité partielle, l'ouvrier pourra reprendre normalement un travail sans que l'on ait à craindre que ce travail aggrave son état.

Citons encore Romé :

La blessure sera consolidée le jour où, d'après les constatations médicales, l'ouvrier, forcé dans la mesure où il peut l'être, aura été à même de reprendre le travail, qu'il l'ait ou non effectivement repris, ou bien encore le jour où il est désormais certain qu'il ne pourra jamais être repris.

Pour M. Vibert :

Le législateur entend par consolidation le moment où le blessé est parvenu à un état définitif : guérison ou incapacité permanente (totale ou partielle), pour laquelle il n'y a plus de modifications à prévoir, qui ne comporte plus un traitement, ayant chance d'efficacité.

M. Reclus, fait remarquer que cette définition accorde au médecin une science de pronostic qu'il n'a pas.

D'autres ont encore dit :

La consolidation est le moment où cesse le demi-salaire et où commence la rente.

Mais comme pour fixer la rente on demande si la blessure est consolidée, on tourne avec cette définition dans un cercle vicieux.

Aussi toutes ces divergences de vues engendrent des erreurs. On voit tel expert au cours d'un rapport

hésiter sur la valeur du mot, et à propos d'une consolidation de fracture dire que la consolidation est faite parce qu'il existe un cal solide.

Il faut, de toute nécessité, adopter une définition facile à retenir et suffisante pour embrasser tous les cas.

Nous choisirons celle donnée dans ses *Cliniques* par M. le professeur Reclus :

La consolidation de la blessure est acquise le jour où le médecin constate que tout traitement est désormais inefficace et qu'un travail rémunérateur, quoique réduit par l'incapacité partielle, peut être repris.

Suppression d'un traitement désormais inefficace et reprise possible d'un travail productif. Voilà, ajoute M. Reclus, les deux constatations qui paraissent le mieux caractériser la consolidation de la blessure.

Nous basant sur cette définition, nous allons aborder les questions soulevées par la consolidation.

III

DATE DE LA CONSOLIDATION

On peut être appelé à déterminer la date de la consolidation à deux époques différentes : soit au moment où cette consolidation survient, soit à une époque plus ou moins éloignée après cette consolidation.

C'est ce qu'on appellera, dans le premier cas : « la consolidation actuelle ».

Dans le second cas : « la consolidation en arrière ».

Nous envisagerons successivement, dans ce paragraphe, ces deux éventualités.

A. — *Consolidation actuelle*

Dans la consolidation actuelle, l'expert est appelé à se prononcer sur l'état de la blessure ; il doit dire si elle est consolidée au moment où il voit le blessé, et il n'a pas à rechercher si cette consolidation est antérieure à l'expertise.

Cette date ne devra être fixée qu'au cas d'incapacité permanente.

Si cette incapacité permanente est reconnue totale, l'expert n'aura pas à fixer le taux de la rente ; le tribunal n'aura qu'à appliquer la loi en accordant au blessé la rente totale, c'est-à-dire égale aux deux tiers du salaire annuel.

Ceci en conformation de la loi du 9 avril 1898, article 3 :

Dans les cas prévus à l'article premier, l'ouvrier ou employé a droit : pour l'incapacité absolue et permanente, à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel.

C'est dans le cas d'incapacité permanente partielle que se posera le problème de la consolidation.

Sur quoi se basera-t-on pour l'établir ?

Dans certains cas, la date de cette consolidation est fixée après accord entre les parties, c'est ce que l'on appelle : « la conciliation ». (Loi de 1898, modifiée par la loi du 22 mars 1902, art. 16.)

... S'il y a accord des parties intéressées, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du président, qui donne acte de cet accord.

Si l'accord n'a pas lieu, l'affaire est renvoyée devant le tribunal, qui statue comme en matière sommaire, conformément au titre XXIV du livre II du Code de procédure civile ; si la cause n'est pas en état, le tribunal surseoit à statuer et l'indemnité temporaire continuera à être servie jusqu'à décision définitive.

Nous savons donc que s'il y a accord entre les parties, il n'y a plus à intervenir.

Le médecin du patron ou de l'assurance regarde la blessure comme consolidée.

L'ouvrier accepte la consolidation ; s'il a pris un médecin, ce praticien est également d'avis que le blessé peut reprendre son travail.

Tout est pour le mieux et le procès est évité.

Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi, et discussions, chicanes et procès sont nombreux. C'est alors que le juge de paix nomme un expert qui ne sera ni le médecin du blessé, ni celui de l'entrepreneur. (Loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 22 mars 1902, tit. III, art. 17.)

Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le tribunal ou par la Cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé ni le médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié.

Cet expert, après examen du blessé, s'efforcera de mettre d'accord l'ouvrier et le patron ou les médecins des parties. Mais il arrive souvent que ce rôle de médiateur ne peut s'accomplir en raison des prétentions et de l'intransigeance rencontrées. C'est alors que l'expert déposera son rapport sur le vu duquel le tribunal statuera.

Examinons maintenant quelles difficultés l'expert aura pu rencontrer pour dresser un rapport véridique et sincère. De la personnalité de la victime, on

peut souvent conclure, *a priori*, que la prolongation des suites de la blessure sera la bienvenue.

Certains ouvriers célibataires se contentent de peu ; d'autres touchent le surplus de leur paye d'une société de secours mutuels ; ils se trouvent heureux ainsi et prétextant des douleurs persistantes, de la gêne fonctionnelle dont la « rude mécanothérapie » de l'atelier aurait pourtant vite raison, refusent de consolider.

Beaucoup, parmi ces accidentés, sont persuadés que s'ils reprennent le travail avant la fin du litige, leur indemnité sera moindre ; aussi est-il fréquent de voir un ouvrier blessé essayer, par des simulacres puérils, de jouir le plus longtemps possible d'un repos rémunérateur et l'on rencontre « des victimes » à présent presque valides se montrant au public apitoyé, sous les apparences misérables d'infirmes pour qui la science ne peut plus rien.

Mais tous les reproches, si l'on en écoute certains bruits, ne devraient pas toujours aller à l'ouvrier. Il serait certes superflu de rendre ici un hommage au Corps médical dont l'immense majorité des membres remplit sa mission avec une parfaite bonne foi ; mais d'aucuns prétendent que certains médecins usent parfois à l'égard de leurs clients d'une temporisation excessive. C'est à l'expert, qu'après un examen impartial, incombera le soin de faire cesser un régime de demi-salaire que rien ne justifierait plus.

Dans d'autres cas, cependant, la bonne volonté de l'ouvrier ne suffit pas toujours : il est courageux, tra-

vaillerait volontiers s'il s'en croyait capable, mais c'est un impressionnable dont le système nerveux est marqué de tares acquises ou héréditaires ; il se croit sincèrement incapable d'effort s'il a été victime d'un accident très grave ; il peut présenter un de ces syndromes psychopathiques pour lequel le regretté professeur Brissaud a créé le terme de *sinistrose*.

De cet état mental, dit M. Dupré, résulte une inhibition spéciale de la bonne volonté de l'ouvrier, qui ajourne indéfiniment la consolidation, prolonge au delà de tous les délais la durée des soins hospitaliers, et continue longtemps après la guérison de sa blessure à se plaindre d'une impotence que rien n'explique et à se poser en victime du travail.

Cet ouvrier est d'autant plus frappé, dit M. Reclus, que nos termes l'effraient. On a prononcé devant lui le mot « d'infirmité » ; « d'incapacité permanente ». Il n'a pas très bien compris. Ce mot de « permanent » prend chez lui des proportions énormes. Il n'indique pas seulement pour lui la durée indéfinie de la blessure, mais aussi la totalité de l'impotence.

Permanente et totale sont pour lui deux termes identiques. Il ne comprend pas « l'incapacité permanente partielle ».

Il se figure qu'il va pouvoir encore survenir de nouvelles complications ; que le patron ou l'assurance (l'adversaire) a intérêt à régler la question au plus vite, avant que ces complications ne surviennent, car il ignore souvent qu'il a devant lui trois ans pour demander la revision en cas d'aggravation.

Telles sont les nombreuses difficultés que nous trouvons du côté de l'employé.

Mais du côté de l'employeur on réclame la consolidation.

L'assurance s'appuie sur certaines statistiques qui montrent qu'avant la loi, les blessés reprenaient plus vite leur travail, que certaines fractures consolidées autrefois en quarante jours en réclament aujourd'hui trois cents et plus...

Mais on doit reconnaître qu'alors les ouvriers reprenaient souvent trop tôt leur besogne et que des complications graves, phlébites, névrites, rupture de col ont pu parfois marquer le retour hâtif au chantier.

L'assurance pourra dire que la reprise du travail, dans le cas de certaines gênes fonctionnelles, constituera une mécanothérapie rationnelle, un véritable mode de traitement.

Bref, il faut consolider.

Quels vont être les considérants de l'expert pour fixer la date de la consolidation ? La difficulté est grande.

Le plus souvent il s'agit d'une fracture dont le cal est formé, mais est-on certain que ce cal est solide ? On affirme, par exemple, que le blessé est guéri de sa fracture de Dupuytren ; il retourne à son travail et revient quelque temps après avec une déviation...

Peut-on établir un « barème équitable », pour fixer approximativement la date de la consolidation ?

L'expérience a été tentée et une Commission, composée de savants éminents, s'est réunie dans

ce but au ministère du Travail. Après de longues discussions, rapporte le professeur Reclus, nous ne pûmes prendre de décisions et la Commission n'établit pas de limites, même larges, pour fixer le temps de la consolidation.

N'a-t-on pas, en effet, à compter avec toutes les complications infectieuses et nerveuses qui retardent singulièrement la date de la consolidation.

Ne faut-il pas, de plus, tenir compte de l'âge, du sexe, de la résistance du sujet, de son état antérieur, de ces innombrables facteurs qui font de chaque « espèce » un cas bien spécial ?

Donc, le médecin n'a aucune règle précise pour fixer la date de la consolidation ; nous verrons seulement quelle devra être la conduite de l'expert dans les différents cas offerts à sa sagacité.

B. — *De la consolidation en arrière*

Au cours de cette étude, nous avons vu combien de difficultés l'expert rencontrait pour établir la date de « la consolidation actuelle ». Mais ces difficultés sont minimales auprès de celles que soulève la date de « la consolidation en arrière » ? Par ces mots, nous entendons le cas où l'ouvrier étant vu longtemps après l'accident, la blessure étant consolidée, l'expert est chargé de dire à quelle époque remonte la consolidation.

On peut dire que telle affection évolue généralement de telle façon, mais il ne s'agit là que d'une règle large avec de nombreuses exceptions ne permet-

tant pas à l'expert de préciser ce qui a pu se passer antérieurement pour tel cas donné. Telle blessure met généralement deux mois pour se consolider, mais elle peut en mettre six et plus.

Que va donc faire l'expert ?

« Défiez-vous de votre science, dit M. Reclus dans sa *Clinique* du 25 novembre 1910, défiez-vous de votre science ; on ne peut savoir à quel moment précis la consolidation a pu se faire.

« Si dans le dossier médical vous trouvez une seule attestation sensée, vous devez vous en rapporter à ce seul certificat. Heureusement, dans la plupart des cas il y a deux certificats (des deux médecins) ils peuvent d'ailleurs être en désaccord ; vous devez les peser, les critiquer pour faire œuvre utile. Mais si les certificats sont incomplets comme cela arrive assez fréquemment, si les renseignements qu'ils fournissent sur la nature de la lésion sont tout à fait insuffisants ou s'il n'y a pas de certificats, vous vous enquerrez soigneusement du moment où tout traitement a été supprimé (il peut y avoir là une indication de premier ordre), et vous ferez un arbitrage logique en prenant ce qui arrive le plus souvent, et « en tâchant de léser le moins gravement possible les « deux intérêts en présence ».

Voilà donc résumée la règle de conduite de l'expert. En somme, pour la consolidation en arrière, l'expert approchera le plus possible de la vérité en sachant se servir, comme il faut, de ses connaissances scientifiques, de son esprit critique et de sa logique.

IV

LA DÉTERMINATION DE L'INCAPACITÉ

A. — *Base de la détermination*

Pour déterminer la date de la consolidation, on a à envisager l'état de blessé au point de vue de sa valeur fonctionnelle ; et c'est d'après la perte plus ou moins complète de ses fonctions rapportées à sa profession qu'on aura à fixer le chiffre de la rente. On aura également à fixer la date de la consolidation. Ce dernier point ayant été étudié dans les pages précédentes, voyons maintenant qu'elle est la diminution de capacité du travail.

On peut, dans certains cas, juger qu'il s'agit :

1° D'une incapacité permanente totale. Il y aura à envisager le cas où l'incapacité est totale pour toute profession. Dans cette circonstance, on devra accorder la rente complète. Mais on peut se trouver en présence, par exemple, d'un blessé dont la jambe a été brisée, qui ne peut plus continuer sa profession de couvreur, ce qui ne l'empêchera pas de faire un métier presque exclusivement manuel.

Ce sera alors une incapacité totale pour sa profession première, mais partielle pour toute autre.

On n'aura pas à donner la rente totale, mais l'équité forcera à tenir compte de ce que l'ouvrier va être obligé de se livrer à un nouvel apprentissage ; de ce qu'il ne sera peut-être plus aussi habile dans son nouveau métier que dans celui, antérieur à l'accident, qu'il exerçait depuis longtemps.

M. Ricard insiste sur ce point, dans son rapport du 25 février 1892 :

Il y a entre ces deux incapacités une différence capitale : tandis que la première ne permet plus à l'ouvrier de rien demander à son travail personnel, pour subvenir à ses besoins, la seconde loi permet encore de produire dans des limites, moindres, à coup sûr, mais dans des limites qui devront être appréciées selon les circonstances.

A ce sujet, M. Foucher disait également au Sénat le 15 mars 1898 :

En pareilles circonstances, nous sommes en présence d'infortunes véritablement navrantes ; ce n'est pas à la légère que les tribunaux décideront en faveur de l'ouvrier l'incapacité absolue et permanente.

L'ouvrier qui est contraint à ne plus travailler, qui est devenu une non-valeur industrielle absolue, une espèce d'épave humaine...

Aussi l'article 3 du projet de loi, voté par la Chambre le 10 juin 1895, ne définit pas incapacité

absolue, celle qui empêche l'ouvrier de pratiquer sa profession, mais « de pourvoir à sa subsistance ».

Art. 9. — Sont considérées comme incapacités permanentes absolues de travail : la cécité ; la perte complète de l'usage des deux membres ou toute infirmité incurable mettant la victime hors d'état de travailler et de pourvoir à sa subsistance.

D'ailleurs, le Sénat a supprimé l'énumération et on devra considérer comme incapacité absolue toute infirmité incurable mettant la victime hors d'état de travailler ou de pourvoir à sa subsistance.

C'est en se basant sur cet article de la loi, que les tribunaux ont rendu des arrêts dont voici un exemple :

Tribunal d'Angers, 12 février 1900.

... Du fait de cet accident, la victime est en effet incapable de se livrer à aucun travail rémunérateur.

Il faudra donc envisager la profession du blessé, ses aptitudes et cela explique que pour les mêmes lésions, les tribunaux aient jugé diversement. Tandis, en effet, que le 6 mars 1900, le tribunal de Tours dit dans un jugement, confirmé le 26 juillet 1900, par la Cour d'appel d'Orléans :

L'amputation du bras droit n'entraîne pas une incapacité permanente absolue, mais seulement une incapacité permanente partielle.

Le tribunal civil de Versailles déclare, au contraire, le 11 janvier 1900 :

L'amputation du bras droit est une cause d'incapacité permanente absolue.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un manoeuvre ; dans le second cas, le blessé était un ciseleur...

L'incapacité permanente partielle est celle qui « réduit la capacité de travail de la victime, l'arrache même, peut-être, à sa profession, tout en lui laissant le moyen de se livrer à un autre travail industriel (1).

La loi du 9 avril 1898 accorde, dans ce cas, à l'ouvrier la moitié de la réduction de son salaire. Cela ne paraît pas très juste. En effet, dans l'incapacité, le blessé touche les deux tiers de son salaire. Il aura donc, dans certains cas, intérêt à ne pas travailler, et pourra quelquefois chercher à simuler une incapacité absolue.

Prenons, en effet, un ouvrier dont le salaire était de 1500 francs.

Il a une incapacité jugée de 70 o/o. Il touchera donc

$$\frac{1500 \times 70}{100 \times 2} = 525.$$

Il gagnera par son travail :

$$\frac{1500 \times 30}{100} = 450.$$

Il aura donc ainsi un gain total de :

$$525 + 450 = 975 \text{ francs.}$$

1. Circulaire ministérielle du 24 août 1899.

Si, au contraire, il avait une incapacité totale, on lui verserait

$$\frac{1500 \times 2}{3} = 1.000 \text{ fr.}$$

Si son incapacité est de 80 o/o, il touchera de l'assurance

$$\frac{1500 \times 80}{100 \times 2} = 600 \text{ fr.}$$

Il gagnera :

$$\frac{1500 \times 20}{100} = 300 \text{ fr.}$$

d'où gain total de 900 francs.

On conçoit donc qu'à partir d'un certain pourcentage d'incapacité, l'ouvrier est moins favorisé que s'il était complètement impotent.

Que devra faire l'expert ?

L'expert n'a pas à redresser les défauts de la loi.

Sans s'occuper des chiffres, il doit donner seulement son avis sur la quantité fonctionnelle perdue par la victime.

Les juges apprécieront.

Doit-on, maintenant, envisager comme incapacité partielle les lésions qui n'influent pas sur la profession ? La réponse des tribunaux a été négative.

C'est ainsi que le tribunal civil de la Seine (1) a jugé que la perte des deux dents n'est pas une cause d'incapacité.

1. Quatrième Chambre, arrêt du 4 août 1900.

La déformation n'est pas non plus une cause d'incapacité.

Tribunal de Briey, 10 mai 1900 :

La déformation de l'extrémité unguéale de l'index qui laisse intacte l'articulation de la troisième phalange avec la deuxième ne peut être une cause d'incapacité.

Cependant, certaines déformations, certaines défigurations devront parfois être envisagées comme cause d'incapacité.

Il en a d'ailleurs été jugé ainsi pour une actrice dont le nez avait subi quelque dommage.

Le tribunal a jugé qu'une lésion détruisant en partie son esthétique était pour elle un dommage au point de vue de l'exercice de son art.

Voyons maintenant le problème soulevé par l'incapacité temporaire. Malgré l'avis de certains commentateurs, nous ne croyons pas qu'il puisse être question de consolidation dans le cas d'incapacité temporaire. En effet, comme le dit Duchaufour :

Lorsqu'après une certaine période de traitement, l'ouvrier blessé peut reprendre son travail aux mêmes conditions qu'auparavant, il est inutile d'employer le mot de consolidation. Il suffit de constater que l'ouvrier a obtenu sa guérison.

Il est certain que au point de vue médical, la blessure est consolidée, mais il vaut mieux s'abstenir de ce terme pour éviter des confusions.

Rappelons-nous donc la définition de M. Reclus :

La date de la consolidation est celle à laquelle le malade peut reprendre son travail réduit.

Dans l'incapacité temporaire l'ouvrier reprend son travail non réduit.

Donc la question de consolidation n'est pas à envisager dans le cas d'incapacité temporaire.

*B.— De quelques évaluations admises
par la jurisprudence française*

Dans le paragraphe précédent, nous avons insisté sur la nécessité de tenir compte, dans les évaluations de l'incapacité, de la profession du blessé. Nous donnons ci-dessous le tableau de certaines évaluations de réductions admises par les tribunaux. Nous les empruntons au beau livre de MM. Forgue et Jeanbrau.

Pour les mêmes lésions, on voit que la réduction de capacité admise a varié avec la profession de la victime. Nous n'avons donc choisi pour ce tableau que les blessures dont nous pouvions relever des cas chez des sujets de professions diverses :

Nature de la blessure	Incapacité o/o	Profession
-----------------------	-------------------	------------

Bras droit

Arthrite chronique.	15	Charretier.
	8	Démolisseur.
	0	Chauffeur.
Atrophie musculaire.	13	Terrassier.
	9	Marchand de bois

Main droite

Amputation du poignet.	55	Scieur.
	50	Maître armurier.
Faiblesse et gêne du poignet après frac- ture.	25	Terrassier.
	20	Couvreur.
	15	Charretier.
	6/12	Cocher.

Pouce droit

Perte d'une phalange.	12 1/2	Lingère.
	7 1/2	Caoutchoutier.
	6 2/3	Cocher.
Ankylose.	10	Homme de peine.
	30	Découpeur.
Ankylose de l'articu- lation inter-phalan- gienne.	8 1/2	Polisseur.
	3	Tourneur.

Main gauche

Pouce gauche.	25	Mécanicien.
Amputation.	15	Charretier.
Perte d'une phalange.	12	Brocheur.
	10	Homme d'équipe
	8 1/2	Mouleur.
	5	Forgeron.
Raideur articulaire.	5	Cordonnier.
		Terrassier.

Index gauche

Perte de 2 phalanges.	15 1/2	Tourneur.
	8 1/4	Aide-monteur.

Nature de la blessure	Incapacité o/o	Profession
Perte de la phalangette et demi-ankylose de la deuxième articu- lation.	11 8 5 3 1/2 1 3/4	Peintre de voiture. Ajusteur. Tubiste. Relieur. Employé au métropol.
Perte de la phalangette.	10 5 3	Cordonnier. Charretier. Estampeur.

Thorax

Fractures de côtes sui- vies de gêne respira- toire.	10 8 2/3 0 13 1/2	Manœuvre. Mécanicien. Frappeur. Charpentier.
Hernies inguinales.	10 6 2/3 3 5 10	Maçon. Tourneur en métaux. Chauffeur. Chauffeur. Chauffeur.

Membre inférieur

Amputation de la jambe droite.	83,33 63 50	Scieur. Mineur. Manœuvre (15 ans).
Fracture de jambe con- solidée, avec raccour- cissement et atrophie musculaire.	24 14 12 11 9 5	Homme de peine. Charretier. Serrurier. Cocher. Maçon. Mosaïste.
Gêne du genou. Hydarthrose.	10 3	Charpentier. Tourneur.
Atrophie musculaire et impotence après frac- ture de jambe.	4 2 1/2 0 0	Manœuvre. Charcutier. Frappeur. Cocher.

Yeux

(Grosse importance de la profession).	35 33 1/2 33 1/3	Bijoutier. Forgeron. Maçon.
Perte de la vision d'un œil.	30 3/4 12 2/3 10	Manœuvre. Serrurier. Carrossier.

Nous voyons, d'après ces quelques chiffres, que les différences d'indemnité peuvent être considérables : du simple au triple, pour une ankylose du pouce, suivant qu'il s'agit d'un homme de peine ou d'un découpeur ; différences de $1 \frac{3}{4}$ à 11, pour une perte de phalange, suivant qu'il s'agit d'un employé au métropolitain ou d'un peintre de voitures.

DEUXIÈME PARTIE

I

L'ÉTAT ANTÉRIEUR ET LA CONSOLIDATION

Diathèses. — Infections. — Traumatismes.

Chaque jour la question de « l'état antérieur » est soulevée à propos de la consolidation de la blessure.

A ce sujet, les avis sont très partagés. Tandis que les uns admettent qu'il faut tenir compte de cet état dans l'évaluation de l'incapacité pour les réduire, les autres ne veulent pas que l'état antérieur entre en ligne de compte.

C'est ainsi qu'on a pu dire que l'accident ne faisait que révéler une affection latente ou aggravait une affection déjà apparue, mais supportable avant l'accident.

La question a surtout été soulevée à propos des tuberculoses locales.

Une tumeur blanche du genou apparaît après un traumatisme.

Faudra-t-il dire que l'accidenté ne doit pas suppor-

ter tous les frais de l'incapacité, sous le prétexte que la tuberculose existait, latente ?

Elle existait, c'est possible ; mais qui prouvera qu'elle eût jamais éclaté.

Il en est de même pour les lésions aggravées. Si avant l'accident elle n'entravait pas le travail de l'ouvrier et qu'après l'accident il ait une incapacité de 30 o/o, ne lui donnerons-nous que 15 o/o, sous prétexte que sa lésion existait en partie ?

Non ! car ce serait injuste.

Il présentait anatomiquement des lésions ; la chose est entendue, mais au point de vue professionnel, il n'avait aucune déficience. Et que dire alors de la pneumonie traumatique ?

On sait que le poumon de certains individus est, suivant l'expression heureuse de M. Souquès, à l'état de « pneumonisme latent » ; Von Besser et Claisse ont pu retrouver le pneumocoque parasitant dans les bronches d'individus absolument sains.

Que le traumatisme modifie le parenchyme pulmonaire, et les pneumocoques perdront leur état de végétation inoffensive pour devenir virulents.

Pourra-t-on alors tenir compte « du pneumonisme latent » ?

D'ailleurs, quel expert pourra dire la part qui revient à l'état antérieur ?

Sera-ce 15 o/o ? Sera-ce 8 o/o ? En envisageant l'état antérieur, on ouvrira la porte à de nombreux procès. On trouvera toujours chez l'ouvrier une tare pathologique, on invoquera la syphilis, l'alcoolisme,

la tuberculose, et rien qu'avec cette maladie quel beau champ d'action pour un médecin un peu subtil ou un homme d'affaire éclairé, puisqu'il est prouvé qu'à l'âge moyen de la vie, chez presque tous, le bacille de Koch a marqué son passage.

Est-ce là, vraiment, l'intention du législateur qui a voulu une loi facile et rapide à appliquer ? Tenir compte de l'état antérieur c'est, suivant l'expression de M. Reclus, faire « d'une loi de paix et de concorde, une loi de haine et de bataille ».

Aussi bien de nombreux experts repoussent, l'état antérieur, tout en faisant cependant des restrictions pour la hernie. Pourquoi ces restrictions ?

Le blessé était peut-être prédisposé, mais qu'en savons-nous ?

Berger n'a-t-il pas montré que les gens pratiquant des travaux pénibles sont plus souvent atteints de hernies. Pourtant, ils ne doivent pas être plus prédisposés que d'autres.

On demande à l'expert : que gagnait le blessé avant l'accident ? Que peut-il gagner après ? Il n'a pas à répondre à autre chose.

On soulève aussi une autre difficulté. Il s'agit de savoir si une diathèse : albuminurie, syphilis, diabète aggravant ou retardant la guérison de certaines blessures, ne devra pas entraîner une diminution dans l'évaluation de l'incapacité ?

On peut encore répondre par la même argumentation que plus haut. Le diabète de notre blessé ne

le gênait pas dans son travail, et si cette diathèse retarde la consolidation de sa blessure, celle-ci n'en est pas moins tout entière sous la dépendance de l'accident. Et, d'ailleurs, si la dyscrasie peut aggraver les lésions dues au traumatisme, la réciproque est non moins vraie, et tel ouvrier qui vivait fort bien avec des lésions viscérales manifestes peut voir celles-ci prendre un caractère des plus sombres au lendemain d'un accident. Il peut en être ainsi pour toutes les affections pulmonaires, stomacales, hépatiques, pour les tumeurs malignes, etc. Quel clinicien assez savant pourra dire ce qui revient équitablement à l'un ou l'autre des facteurs ?

Avec de pareilles difficultés, la loi sombrerait fatalement.

Au surplus, dans l'application actuelle de la loi, peut-on dire que l'ouvrier n'est pas rendu en partie responsable de son état ? La loi sur les accidents du travail, ne l'oublions pas, n'est qu'un forfait ; elle est transactionnelle.

L'ouvrier paie la moitié de la rente ; le patron ne lui en verse qu'une autre moitié. La part abandonnée par l'ouvrier représente ses imprudences, ses tares individuelles antérieures, héréditaires ou acquises.

Il y a donc eu concessions réciproques, entente commune entre les parties qui ne peuvent plus crier à l'injustice puisqu'au demeurant « la convention est la loi des parties ».

Aussi peut-on, à juste titre, s'étonner du jugement suivant :

Justice de paix du Mans, 4 mai 1900 :

S'il est établi que le temps normal nécessaire à la guérison d'une blessure de cette nature est depuis longtemps écoulé ; que la raideur et l'ankylose des articulations qui se manifestent et l'incapacité de travail sont la conséquence de l'albuminurie dont le blessé est atteint, le patron ne saurait être tenu de l'indemniser du préjudice qui en est résulté pour lui.

Ce jugement, d'ailleurs, a été cassé.

L'état antérieur est encore incriminé dans un autre cas. Celui dans lequel l'état antérieur est la cause du traumatisme.

Supposons qu'un épileptique tombe d'une échelle sur laquelle il travaille. Il se luxe l'épaule. Devra-t-on diminuer l'incapacité en invoquant son état pathologique ? Nous ne le croyons pas pour les raisons que nous avons déjà exposées.

Autre objection : un ouvrier borgne perd l'œil qui lui reste. Le patron devra-t il payer l'indemnité correspondant à la cécité complète ? La jurisprudence ne laisse point de doute sur ce point.

Et ce jugement qui peut paraître inique se défend, au fond, fort bien : un seul œil suffisait parfaitement à l'ouvrier pour accomplir sa besogne ; les deux yeux perdus, il n'est plus qu'une épave. Tout est là !

Mais, a-t-on objecté, puisque vous n'admettez pas « l'état antérieur », les patrons, légitimement, n'embaucheront plus des ouvriers présentant des prédispositions morbides, leur feront passer une sorte de conseil de revision et tels qui gagnaient de

quoi vivre, trouveront désormais difficilement à s'employer. Nous pouvons appliquer à tous les cas ces paroles que M. Reclus prononçait à propos de la hernie et des accidents du travail :

Nous n'y verrions aucun inconvénient pour notre part, et cette mesure ne serait même pas sans quelques avantages.

Le nombre des ouvriers employés dans un chantier n'est pas fixé au hasard ; il ne dépend pas du plus ou moins bon vouloir d'un patron, mais de la besogne à faire. Si on a besoin de dix hommes, on en prendra dix, pas un de plus ; et on les choisira au mieux sur le marché du travail. Si l'offre est restreinte et que la besogne presse, on prendra tout ce qui se présente, sans s'inquiéter si la hernie les guette. Les commandes sont nombreuses ; le client attend ; il faut le satisfaire.

Si l'offre ouvrière est abondante, et dans le temps de chômage elle l'est, le patron et son médecin seront alors difficiles, surtout s'ils représentent une compagnie puissante, donnant à ses ouvriers des avantages spéciaux : haute paie ; éconômats, caisses de secours et de retraite. Eh bien ! ils choisiront les meilleurs ouvriers, les plus résistants, les plus solides, ceux qui pourront faire le meilleur travail, C'est absolument équitable et d'accord avec la morale sociale actuelle.

D'ailleurs, cette pratique n'aurait-elle pas l'avantage de réserver pour les travaux moins pénibles les ouvriers aux parois faibles, aux anneaux lâches, les prédisposés à la hernie (1) ?

1. Professeur Reclus, *La Hernie et les accidents du travail* (*Journal des Praticiens*, 29 janvier 1910).

Enfin, à côté des cas pour lesquels il existe une lésion visible, combien y en a-t-il où les prédispositions morbides passent inaperçues ?

Nous l'avons vu pour la pneumonie ; l'appendicite traumatique, elle aussi, a été l'objet de nombreuses discussions.

La question de l'appendicite traumatique doit-elle être envisagée dans la consolidation ?

Si à la suite d'une contusion de l'abdomen le blessé a présenté des symptômes bruyants manifestant une rupture de l'appendice, la question ne se pose pas ; il ne s'agit pas à proprement parler de l'appendicite, et la relation du traumatisme à la lésion est évidente.

Mais voici un autre cas. Un sujet a reçu un choc, une contusion au niveau du flanc droit. Aussitôt apparaissent des douleurs, puis tous les symptômes de l'appendicite. On pourra dire que l'appendicite n'a pu être créée de toutes pièces par le traumatisme, qu'elle était latente.

La chose est possible. Mais quel clinicien affirmera que les microbes qui sont la cause efficiente de l'appendicite, infection, eussent pu léser cet organe sans le traumatisme qui en a fait un *locus minoris resistentiæ*.

Refuser de tenir compte de l'accident, c'est renouveler pour l'appendicite les querelles soulevées par « l'état antérieur » pour les tuberculoses locales, les hernies accidentelles. Or, on a refusé de tenir compte de « cet état antérieur ». On devra donc, s'il

y a eu un symptôme douloureux au moment de l'accident ou peu après chez un sujet ne présentant aucun signe antérieur d'appendicite, considérer le traumatisme comme responsable de l'affection.

En conséquence, on ne devra pas consolider la blessure avant de connaître l'évolution de cette maladie ou ses suites opératoires, si le blessé accepte l'intervention.

Voici une observation que nous empruntons à la *Deutsche Medizin Wochenschrift* (29 avril 1904). Il nous paraît que s'il s'était agi d'un accident du travail l'expert aurait pu conclure à une cause traumatique.

Pontonniér de vingt ans, atteint violemment par un portant en fer dans la région droite de l'abdomen, et qui depuis ne cesse de souffrir de ce côté, alors qu'auparavant il ne présentait rien d'anormal. Au bout de plusieurs semaines, ces douleurs prennent la forme d'attaques appendiculaires absolument caractéristiques ; l'appendice est volumineux, très enflammé, fixé déjà par des adhérences à l'iléon. La lumière de cet appendice ne comprenait pas le moindre calcul.

Dans de semblables circonstances, on doit donc s'accorder à considérer le traumatisme comme la cause responsable de l'accident. Ces cas sont peu embarrassants et comme on l'a dit plus haut, il suffira d'attendre l'évolution ou les suites opératoires pour fixer la consolidation.

Mais voici un cas plus complexe :

Un ouvrier subit un traumatisme du flanc droit. Il ne présente aucun symptôme important aussitôt après. Mais au bout de quelques mois, d'une année ou plus, éclate une appendicite. Le traumatisme est-il en cause ? grave problème ! Si la solution est affirmative, aucun expert n'osera plus consolider, sans réserve, une contusion de l'abdomen. Devant ses yeux, en effet, va se dresser, menaçant, le spectre de l'appendicite traumatique à distance.

Et pourtant le D^r Guinard a apporté à la Société de Chirurgie de nombreux faits d'appendicites traumatiques tardives qui ont soulevé de nombreuses discussions de MM. Broca, Delorme, Jalaguier, Kirmisson, Moty, Quénu, Routier, Savariand, Picqué, Michaud, au cours de plusieurs séances de l'année 1910.

Les statistiques nous montreront si les appendicites sont plus fréquentes chez les traumatisés.

Mais même si ces statistiques sont en faveur de la possibilité de l'appendicite tardive traumatique, nous ne croyons pas qu'on en devra tenir compte dans l'application de la loi de 1898.

Si le blessé ne présente aucun symptôme après une contusion abdominale, on devra consolider. On observera ici la même règle que celle qui a été établie pour la hernie-accident : recherche des phénomènes qui ont accompagné l'accident ; continuité entre l'accident, les troubles consécutifs et l'éclosion de l'appendicite.

La possibilité d'une appendicite future ne devra

donc pas, chez un sujet guéri d'une contusion abdominale, empêcher la consolidation.

On pourrait également discuter sur l'orchite traumatique : la glande séminale n'aurait pas eu à subir les assauts du gonocoque de Neisser, du bacille d'Eberth ou de Koch, sans le traumatisme, dûment constaté, qui a lésé son parenchyme.

Et à moins de faire intervenir « l'état antérieur » que nous avons rejeté, on doit indemniser équitablement le blessé.

II

HYSTÉRO-TRAUMATISME ET CONSOLIDATION

Si, comme nous l'avons vu, les lésions latentes présentées par le blessé avant l'accident soulèvent de nombreuses discussions, les troubles qui succèdent au traumatisme peuvent également fournir les données de problèmes complexes.

Pour ce qui concerne l'hystéro-traumatisme, tous les auteurs admettent aujourd'hui qu'un accident peut causer chez la victime des troubles nerveux qui la mettent dans un état morbide spécial, le rendant incapable de tout travail ou diminuant sa puissance de travail. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire que la victime ait été blessée pour que l'hystéro-traumatisme se manifeste. Les troubles pourront naître chez un sujet au cerveau débile, effrayé par une explosion de chaudière par exemple ; chez un autre, la vue d'un traumatisme grave atteignant un camarade d'atelier, déterminera l'éclosion des manifestations pathologiques.

Après des chocs violents, même sans blessures

apparentes, surtout dans les accidents de chemins de fer, les victimes pourront présenter des troubles psychiques graves : démence confusionnelle, neurasthénie, etc., sur lesquels l'expert devra se prononcer.

Les exemples sont nombreux :

A l'Institut de Médecine légale et de Psychiâtrie M. le Professeur Gilbert-Ballet nous a présenté le mécanicien du rapide qui en décembre dernier tamponna à Montereau un train de marchandises. Ce mécanicien qui n'eut aucune lésion traumatique, qui participa aux sauvetages des victimes et qui n'eut aucun accident nerveux immédiat, présenta seize jours après la catastrophe, tous les symptômes d'une confusion mentale post-traumatique qui sans doute persistera longtemps encore. Dans ce cas, on a pu facilement attribuer au traumatisme, ces troubles psychiques. Il n'en est pas toujours ainsi et le rôle de l'expert sera souvent des plus délicats ; il aura fort à faire pour reconnaître le vrai hystéro-traumatisé du simulateur, et devra parfois demander la nomination d'un second expert, spécialiste de maladies nerveuses.

Lorsque l'hystéro-traumatisme est admis, tout n'est pas terminé. Il faut préciser le pronostic et pour certains auteurs ce « pronostic est souvent impossible » (1).

1. Forgue et Jeanbrau, *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail*.

Doit-on considérer cet hystéro-traumatisme comme curable et en attendre la guérison pour établir la consolidation ou, au contraire, faut-il le considérer comme incurable et consolider la blessure en tenant compte, dans l'évaluation de l'incapacité, de la diminution du travail due à ce facteur ?

L'expérience a montré que l'hystéro-traumatisme qui rend le blessé incapable de travailler ou diminue son « rendement » s'améliore notablement, et guérit même parfois lorsqu'on accorde une rente à la victime.

L'autorité de certains experts repousse la simulation dans ces cas, en admettant que l'on a affaire à de véritables névrosés, dont la bonne foi n'est pas douteuse.

Alors, objectera-t-on encore, il ne fallait pas consolider, il ne fallait pas accorder la rente ; il fallait attendre que les troubles psychiques fussent passés. Mais, justement, ils n'auraient pas disparu si l'on n'avait indemnisé la victime.

Le sujet est atteint d'une affection psychique ; le traitement, ici, c'est le paiement d'une rente...

Et en agissant ainsi, on ne lèse pas les intérêts patronaux. Bien au contraire, si la solution n'est pas prompte, la névrose ne guérit pas et le patron est exposé à payer le demi-salaire, quelquefois pendant des années.

N'est-il donc pas alors de l'intérêt de l'employeur de payer une petite rente de 6 à 8 o/o qui suffira à rendre possible le travail de la victime ?

Et l'ouvrier n'aura-t-il pas plus d'avantages à toucher cette rente qui lui rendra un psychisme suffisant pour travailler et gagner un salaire supérieur à l'indemnité qu'il touchait avant la consolidation ?

Pourtant, dans certains cas, devant la gravité des troubles, on devra payer à la victime une rente qui a pu correspondre parfois à celle de l'incapacité totale.

Cette solution n'est pas exagérée et n'est pas dangereuse, puisque l'ouvrier peut être surveillé pendant trois ans, et si ses troubles s'amendent, voir sa rente diminuer.

C'est ainsi qu'a jugé le Cour de Douai le 25 mars 1902.

Il s'agissait, en l'espèce, d'un ouvrier guéri de ses blessures, mais atteint, d'après les experts, « d'hystéro-traumatisme qui s'aggrave tous les jours et ne lui permet aucun travail... dont l'état n'est pas définitif, mais dont on ne peut prévoir la durée ».

Le patron demandait, en s'appuyant sur ces conclusions, qu'il fût sursis à statuer pendant une ou deux années.

La Cour refusa :

Attendu que l'éventualité d'une guérison dont on ne peut même approximativement fixer la date constitue seulement la réserve nécessaire qu'impose toute science humaine et nécessairement faillible, alors surtout qu'il s'agit de manifestations et de troubles nerveux ; mais qu'on ne saurait, sur une éventualité aussi conjecturale, laisser la victime dans une situation

d'attente, dépourvue d'ailleurs de toute garantie, d'autant que si l'on faisait droit à la demande actuelle, il n'y aurait aucune raison pour ne pas, à l'expiration du sursis, en accorder un second; que le législateur a prévu le cas où l'état de la victime, d'après lequel l'indemnité a été fixée, viendrait à se modifier et a décidé qu'il serait loisible au chef d'industrie ou à la victime, selon l'événement, de remettre en question le chiffre de l'indemnité; que cette disposition répond aux préoccupations de l'appelant et sauvegarde tous ses droits, etc.

Ce jugement semble un peu radical, car accorder l'incapacité totale et permanente pour des phénomènes d'hystéro-traumatisme, de curabilité possible, sous le prétexte que la revision existe, paraît une solution dangereuse pour l'employeur. Si l'hystéro-traumatisme, en effet, se manifeste pendant quatre ans, la revision ne sera plus le droit du patron et, en toute équité, il semble qu'il faudrait pouvoir recourir à la revision à n'importe quelle date après la consolidation. On objectera que beaucoup d'experts admettent que la fin du procès suffit à guérir le blessé, pourvu qu'il touche une rente même faible, mais à condition qu'il soit assuré que tout est bien fini et qu'on ne reviendra plus sur le jugement.

Pour ces malades, mieux vaut alors une indemnité petite, mais ferme, plutôt que l'incapacité même totale, mais avec possibilité de revision.

C'est ainsi que dans un cas d'hystéro-traumatisme caractérisé par un état pathologique qui « allait en s'aggravant », les experts conclurent que le malade ne guérirait qu'après une solution définitive et sans

appel de son procès. Le tribunal de la Seine accepta les conclusions et accorda une incapacité permanente partielle évaluée à 15 o/o.

Attendu que, dans les conclusions des experts, il est permis de déduire qu'il y a une amélioration dans l'état de l'ouvrier, mais qu'il serait impossible d'aller jusqu'à la guérison absolue du blessé ; que tel est d'ailleurs l'avis des experts puisqu'ils proposent de faire état des phénomènes anatomiques et neurasthéniques constatés chez la victime et de lui allouer une indemnité devant faire place à la rente originaire (1).

Enfin, il est des cas où il vaudra mieux retarder la consolidation en demandant au tribunal de « surseoir à statuer définitivement jusqu'à l'époque de l'amélioration prévue, tout en fixant la rente correspondant à l'incapacité actuelle » (2).

C'est ce que demandait M. Joffroy en constatant que le blessé :

A la suite des lésions hémorragiques des méninges périméduallaires, présentait de légers troubles de la mémoire, de la motilité et de la sensibilité ne l'empêchant pas d'accomplir les actes ordinaires de la vie ; que ces troubles s'amenderaient sans doute, progressivement, pour disparaître complètement ou à peu près dans un délai de huit à dix mois.

L'ouvrier demandait une incapacité de 50 o/o. Le tribunal de la Seine sursit à statuer et lui accorda une rente provisoire payable jusqu'à la fin du délai prévu pour la guérison, et commit l'expert pour compléter l'expertise à cette date.

1. *Recueil spécial des accidents du travail*, juillet 1903.
Jugement du 22 juin 1903.

2. *Recueil spécial des accidents du travail*, juillet 1903.

III

ŒDÈMES ET CONSOLIDATION

NOMENCLATURE DES SIMULATIONS

L'œdème est une complication qui, fréquemment, retarde la date de la consolidation.

Quelle devra être la conduite de l'expert en présence d'un œdème rebelle?

A part quelques cas où l'œdème est devenu chronique et qui, par conséquent, doivent nécessiter la consolidation en tenant compte de l'incapacité due à ce reliquat morbide, on peut dire en principe que l'œdème n'est pas permanent et que la date de la consolidation devra être retardée.

Mais l'expert est parfois appelé à donner son avis pour une blessure qui, suivant les données classiques, l'évolution habituelle, les statistiques, devrait être depuis longtemps guérie. Et cependant l'œdème persiste et l'ouvrier, en l'invoquant, ne veut pas consolider sa blessure.

L'expert devra dire si cet œdème dépend vraiment de l'accident ou si, au contraire, il n'est pas d'origine médicale (cardiopathie, mal de Bright) ou encore,

troisième hypothèse, si le blessé n'est pas simplement un simulateur.

Pour s'en convaincre, le médecin n'a qu'à faire déshabiller son malade et à l'examiner. Si ce dernier s'y refuse, sa demande sera naturellement rejetée par le tribunal.

Si l'œdème est dûment reconnu, il faudra en rechercher la cause. Et il ne suffira pas d'avoir constaté chez la victime la présence d'une cardiopathie, d'un mal de Bright, etc., pour lui rapporter l'œdème.

Pour que cet œdème soit considéré comme médical, il faudra qu'il ne soit pas isolé; par contre, aux membres inférieurs (siège le plus fréquent des œdèmes traumatiques), pour que ce symptôme soit considéré comme dépendant de l'accident (fracture de jambe, par exemple), il devra être unilatéral.

Donc, voici un premier point établi : si l'œdème est médical, ne relevant pas, de ce fait, de l'accident, on n'en tiendra pas compte, et si la blessure guérie ne présente pas d'autres complications, on consolidera.

Si l'origine médicale est écartée, on devra rechercher si l'œdème n'est pas dû à des manœuvres frauduleuses.

On s'assurera, pour cela, qu'il n'existe pas une constriction par lien circulaire à la racine du membre : le fait s'est produit.

On pourra mettre également le blessé en observation. Il en est, en effet, qui recourent aux injections sous-cutanées. Chez ses sujets, on verra l'œdème

disparaître au bout d'un temps très court, lorsqu'ils seront surveillés.

Rappelons à ce propos le cas, signalé par M. Patry, de cet ouvrier qui « enroulait un liège autour de sa main gauche, posait cette main sur un plan résistant et avec une bouteille ou un corps rond, frappait à petits coups, pendant un certain temps. Il répétait cette manœuvre jusqu'à ce que se produisît l'œdème ».

Nous ne ferons ici que signaler les autres simulations étudiées en détail dans le *Traité des accidents de travail* de Forgue et Jeanbrau. Signalons, avec ces auteurs, que l'on peut avoir à dépister :

De la douleur simulée ;

Des anesthésies simulées ;

De l'hyperesthésie simulée ;

De l'affaiblissement musculaire simulé ;

De la paralysie flasque simulée ;

Des tremblements simulés ;

Des contractures musculaires ;

De la simulation du signe de Romberg ;

De la simulation de la glycosurie ;

De la simulation de la surdité ;

De la simulation des vertiges ;

De la simulation des bourdonnements d'oreille.

Nous avons étudié l'œdème, nous ajouterons :

De la simulation de l'amaurose ;

De la simulation des troubles visuels ;

De la simulation de la boiterie ;

De la simulation des ankyloses ;

De la simulation des hématuries, des hématomèses, des troubles psychiques, etc. En présence de tant de causes d'erreurs, l'expert devra donc agir avec circonspection et recourir aux examens minutieux et multiples.

IV

DOIT-ON CONSOLIDER

CERTAINES BLESSURES NON GUÉRIES

En général, la consolidation n'est proclamée par les experts qu'après la guérison complète de la blessure et même, dans bien des cas, quoique la guérison anatomique des lésions soit obtenue, les experts attendent pour « consolider », qu'aient disparu certaines séquelles, certains troubles fonctionnels, qu'en un mot, l'incapacité soit devenue la moindre qu'elle puisse être.

Mais il est des cas où, malgré la persistance de certaines complications, se posera la question de savoir si on doit ou non considérer la blessure comme consolidée.

Il en est ainsi pour certaines blessures avec cicatrices précaires, où se produisent des ulcérations ; pour des cals travaillés par l'ostéite avec suppurations.

L'expert devra-t-il décider le paiement du demi-

salaire, tant que dureront ces suppurations, tant que ne sera pas éliminé le séquestre qui les entretient, ou tant que l'épidermisation ne sera pas définitive ?

Devra-t-il, au contraire, consolider ?

Il le devra, dit le professeur Reclus, parce que c'est l'esprit de la loi qui veut une solution prompte et rapide.

Mais il faut que les parties y trouvent toutes deux leur compte et si le patron a l'avantage de payer une rente qui, dans toutes les incapacités partielles, est inférieure au demi-salaire, l'ouvrier, de son côté, touchera une rente supérieure à celle qu'il toucherait si la fistule était tarie ou les ulcérations cicatrisées. Car le blessé doit être indemnisé des ennuis de pansements et des jours de chômage que les crises inflammatoires peuvent imposer. Dans ces conditions, nous n'hésitons pas à consolider la blessure et lorsque des phlogoses subaiguës persistent, qui finiront sans doute par guérir mais dans un temps souvent très long et dont il nous est impossible de prévoir la durée, lorsque d'ailleurs le blessé peut sous un pansement se livrer à un travail utile, nous hésitons d'autant moins que si, dans les trois ans qui suivent notre rapport, une amélioration ou une aggravation survient qui montre l'arbitrage défavorable à l'une ou l'autre des parties, on recourt à la revision : elle mettra les choses au point.

Cette manière de voir du professeur Reclus a été, croyons-nous, admise par les tribunaux.

V

DOIT-ON DIMINUER

LE TAUX DE LA RENTE, SI L'OUVRIER REFUSE UNE OPÉRATION

Les tribunaux ont parfois diminué le taux de la rente versée au blessé, sous le prétexte qu'il était en quelque sorte responsable de son état, ayant refusé de subir une opération qualifiée de bénigne. Nous croyons que sont, au contraire, dans le vrai, les juges et les experts qui estiment qu'on n'a pas le droit de diminuer le taux de l'incapacité de ce fait, car il est impossible d'affirmer qu'une opération sera bénigne: le blessé peut toujours mourir d'une syncope chloroformique. On objectera que certaines opérations peuvent être réalisées à l'anesthésie locale. Mais d'autres complications peuvent survenir et on a pu, en relevant les statistiques d'opérations d'ongle incarné, trouver des cas de mort.

Le danger demeure toujours, et malgré les progrès immenses de l'asepsie et de l'antisepsie, la sécurité absolue n'existe pas. Certes, une plaie chirurgicale

ne sera plus, comme autrefois, presque totalement vouée à la gangrène gazeuse, à l'érysipèle ou à la pourriture d'hôpital, mais quel que soit le raffinement apporté dans les précautions, une catastrophe imprévue peut survenir et l'on ne peut, sans présomption, se targuer d'une trop belle assurance.

Et pourtant des juges ont diminué la rente à des accidentés ayant refusé l'intervention.

On débat encore la question et les arrêts rendus sont des plus contradictoires.

Voici d'ailleurs une discussion récente de la Société de Médecine légale (séance du 12 décembre 1910) :

MM. COURTOIS-SUFFIT et BOURGEOIS. — Voici deux cas de coccygodynie qui présentent de l'intérêt au point de vue étiologique et médico-légal :

1° Au point de vue étiologique...

2° Étant donné, la disproportion qui existe entre les lésions causales si peu marquées et la symptomatologie si bruyante de la coccygodynie qui met le malade dans un état d'impotence quasi-absolue, quelle devra être la conduite du médecin expert chargé d'évaluer l'infirmité permanente partielle résultant du traumatisme ? S'il est vrai, en effet, que cette affection place le blessé dans un état d'impotence presque absolue, il est, par contre, d'observation courante que la résection du coccyx est le seul traitement qui amène la guérison de l'affection, tous les traitements médicaux étant absolument impuissants.

Mais si cette opération est toujours possible dans la pratique médicale courante, il n'en est plus de même dans les cas particuliers des accidentés du travail qui peuvent (et cela est

fréquent) se refuser à subir une opération destinée à améliorer leur état. Ce refus est-il admissible ? Quel est l'état de la jurisprudence à ce sujet ? Tandis qu'à l'étranger, on admet que le blessé a le droit de se refuser à toute opération portant atteinte à son intégrité corporelle, en France, au contraire, on se trouve en présence d'une foule de jugements contradictoires dont on peut résumer les arrêts de la façon suivante : tandis que pour certains tribunaux, c'est un droit absolu du blessé de se refuser à toute opération quelle qu'elle soit, pour d'autres, au contraire, le blessé doit se soumettre à des opérations bénignes tout en conservant son droit de se refuser aux opérations graves ; et certains jugements estiment que toute opération nécessitant la chloroformisation est, de ce fait, grave et peut être refusée par le blessé, la cure de hernie par exemple ; d'autres jugements estiment, au contraire, que la cure radicale de la hernie entre dans les opérations de petite chirurgie courante et est totalement exempte de dangers. Il est encore des jugements où le tribunal réduit l'infirmité permanente partielle à ce qu'elle aurait été après l'opération pratiquée si le blessé l'avait acceptée.

D'autres tribunaux ont aussi jugé que le refus de l'opération pouvait entraîner non seulement une réduction de l'infirmité permanente partielle, mais le rejet de la demande. Enfin, tout récemment, la Cour de cassation a rejeté une demande en revision parce que le blessé avait auparavant refusé de se prêter à une opération sans danger.

Que conclure de tous ces jugements ?

Pour les opérations graves, médecins et chirurgiens sont d'accord. Le blessé est en droit de refuser toute intervention. Mais pour les interventions de moindre gravité, les avis sont

partagés et pour la hernie, par exemple, dont certains magistrats et avocats font une opération bénigne, le D^r Lucas-Championnière montre que c'est une opération beaucoup plus sérieuse, qu'on ne saurait imposer au blessé, et dont souvent les résultats, en tant que cure radicale, sont loin de donner tout ce qu'on en attendait.

Devant cette divergence d'opinions, nous avons estimé, dans ces cas particuliers de coccygodynie traumatique, qu'il valait mieux fixer l'indemnité partielle permanente à un chiffre élevé correspondant à l'état actuel du blessé, plutôt que de l'exposer aux risques, bien improbables, sans doute, mais toujours possibles, d'une opération que des complications imprévues pouvaient rendre dangereuse.

M. THOINOT. — La question soulevée par M. Courtois-Suffit peut être envisagée à deux points de vue différents. La jurisprudence, d'une part, est loin d'être fixée; elle est très variée. Quant au côté médical, je ne vois pas dans quel cas l'expert peut affirmer qu'une opération sera toujours et quand même bénigne et préciser d'avance de combien elle réduira l'infirmité permanente.

M. SCHWARTZ. — Je suis tout à fait de cet avis. Le chirurgien ne peut répondre d'une opération, si bénigne soit-elle. Il faut compter avec l'imprévu. Ne voit-on pas quelquefois se produire dans la hernie, après l'opération la mieux conduite, de la phlébite, quelquefois même des embolies ?

M. SOUQUET. — Récemment, un homme avait conservé, à la suite d'un accident de travail, une bride cicatricielle qui l'empêchait de relever la tête. De l'avis des chirurgiens, on pouvait le débarrasser de cette gêne par une opération absolument bénigne, susceptible même d'être faite sans anesthésie

générale. Le malade voulut être endormi. Il eut, sous le chloroforme, une syncope mortelle.

M. GRANJUX. — Quand j'étais dans l'armée, jamais on n'aurait songé à imposer à un soldat blessé en service commandé — ce qui correspond à l'accident du travail dans le civil — une opération destinée à diminuer son infirmité. Je crois qu'il en est toujours de même.

M. SIMONIN. — Il en est toujours ainsi.

M. DUBOST. — Je ne vois pas comment on pourrait obliger un tribunal à motiver une sanction contre un blessé qui ne veut pas se faire opérer : car diminuer le taux de l'évaluation de son infirmité, sous prétexte que l'opération la ramènerait à un degré inférieur, est en somme une punition.

M. COURTOIS-SUFFIT. — C'est pourtant ainsi qu'il en a été jugé à Lyon.

M. DUBOST. — Il s'agissait là de révision et je comprends très bien que le tribunal, convaincu que l'aggravation de l'infirmité du blessé n'aurait pas eu lieu s'il avait accepté l'opération bénigne qui lui était proposée, ait maintenu l'évaluation première.

M. THOINOT. — Le mal vient, peut-être, du côté médical. Si l'expert n'affirmait pas le bien-être absolue de l'intervention, les magistrats seraient moins affirmatifs dans leurs décisions.

Il convient, dans les rapports d'expertise, de se contenter de qualifier les opérations de « relativement bénignes » ou de « passant généralement pour bénignes ».

Si nous avons reproduit cette longue discussion, c'est que nous y trouvons condensées les opinions les plus autorisées.

Nous y voyons que MM. Thoinot, Courtois-Suffit, Socquet... sont unanimes à repousser toute diminution de l'incapacité, en cas de refus d'opération.

Et il paraît, de toute évidence, qu'on ne peut obliger un blessé à subir une opération qui, « passant pour bénigne », suivant l'expression de M. le professeur Thoinot, expose le patient à la syncope, à l'embolie, à la phlébite, à la suppuration.

Invocquera-t-on, dans ce cas, une faute professionnelle ?

Mais un catgut mal stérilisé ne peut-il pas causer une péritonite ?

Et quand bien même, très exceptionnellement, les complications graves seraient imputables au chirurgien, le blessé en supporterait-il moins les désastreuses conséquences ? Et, pourtant, la jurisprudence n'est pas encore fixée : voici, en effet, un jugement rendu récemment (15 février 1910) :

La Chambre des requêtes, saisie d'un pourvoi contre un arrêt de la Cour de Paris du 20 juillet 1909, a, sur le rapport de M. le conseiller Denis et les conclusions de M. l'avocat général Lombard, statué ainsi qu'il suit.

Attendu qu'il est constaté par l'arrêt attaqué que le médecin qui avait donné des soins à l'ouvrier, lors de l'accident qui lui était survenu au pied, dans le travail, lui avait indiqué comme traitement approprié à sa blessure une opération chirurgicale tout à fait bénigne et insignifiante; que celui-ci s'était refusé à la supporter et que, par suite de ce refus, il lui était survenu un durillon nouveau qui constitue l'aggravation sur

laquelle est basée sa demande de revision de la rente qui lui était servie ; qu'en rejetant cette demande d'augmentation de rente par le motif que l'aggravation survenue n'est pas la conséquence normale de l'évolution du traumatisme, mais a eu pour cause la négligence du demandeur et son refus injustifié de se prêter à une opération sans danger aucun, etc.

Pour ces motifs :

Rejette...

« Opération sans danger aucun », voilà des mots bien audacieux. Un chirurgien soutiendra-t-il jamais pouvoir faire une opération, quelle qu'elle soit, « sans danger aucun » ? Ne faut-il pas compter avec l'imprévu ?

Voici, pour rappeler à plus de prudente sagesse, une observation que nous devons à l'obligeance de M. Roy, interne des hôpitaux de Paris.

Un chirurgien de province des plus estimés, et à juste titre, très méticuleux au point de vue de l'asepsie, est appelé un jour, dans une ferme, pour un enfant qui s'était blessé en tombant sur la main.

Le docteur pratique une intervention (probablement une désarticulation du doigt).

Deux jours après, il opère, dans son service d'hôpital, une jeune femme qui est emportée, trente-six heures après l'opération, d'un tétanos suraigu. C'est après ce décès que le chirurgien apprend que son premier opéré a présenté les symptômes du tétanos après son opération, tétanos qu'il avait sûrement contracté en se blessant.

Supposons que le chirurgien, en place de la femme, ait opéré un accidenté du travail, en affirmant l'intervention « sans danger aucun ». Quelle responsabilité n'eût-il pas encourue ? Et pourtant, aucune faute professionnelle. Le docteur pouvait-il deviner que son premier blessé avait le tétanos ?

Tout chirurgien n'est-il pas exposé à de semblables catastrophes, tout opéré à pareil danger ?

Et qui peut dire, pour une opération peu dangereuse, quel sera l'état de la blessure après l'intervention ?

Peut-on affirmer que la cure de hernie ne sera pas suivie d'éventration ? qu'il n'y aura pas de récurrences ?

M. Roy nous a rapporté certains cas de fractures de la rotule, traités par l'opération sanglante, qui ont récidivé.

Tous ces faits confirment que le refus, de la part du blessé, de subir une opération qualifiée de bénigne, ne doit pas faire diminuer le taux de l'indemnité.

C'est, d'ailleurs, la théorie que soutient le professeur Reclus, dans ses *Cliniques* sur les accidents du travail.

Examinons maintenant si le refus par un ouvrier de se laisser soigner peut entraîner une diminution de la rente ou même le rejet complet de la rente.

A ce point de vue spécial, qu'on peut rapprocher

du refus des opérations, les tribunaux ont eu plusieurs fois à rendre des arrêts.

C'est ainsi que la Cour d'appel d'Amiens a refusé d'allouer une rente à un ouvrier qui n'avait voulu se soumettre à aucun soin. La Cour a estimé que la victime n'avait droit qu'à l'indemnité pour incapacité temporaire et non à une rente viagère, l'aggravation de son état n'étant que la suite de son refus de suivre les prescriptions médicales qui auraient consolidé la blessure et amené un rétablissement complet.

La Cour de Rennes a également jugé que, dans le cas où la victime refuse les soins qui lui sont recommandés et résiste à tous les conseils, l'état où elle se trouve étant la conséquence de son incurie et de son mauvais vouloir, le chef d'industrie ne peut être tenu de réparer le dommage auquel cet ouvrier s'est volontairement et sciemment exposé.

En effet, le pronostic des médecins faisant prévoir la guérison complète, si les soins ordonnés étaient suivis, l'infirmité de l'ouvrier *résultait*, pour les experts, d'une mauvaise volonté manifeste de sa part.

La Cour a déclaré qu'il n'y avait pas lieu à l'allocation d'une rente.

Donc, les tribunaux n'ont pas laissé la faculté à l'ouvrier de refuser le traitement. Est-ce là une atteinte portée à sa liberté ? Nous ne le croyons pas. Certes, on peut toujours, et nous l'avons discuté dans les pages précédentes, refuser une opération

chirurgicale. Mais pour les autres soins, il ne semble pas que l'ouvrier puisse s'y soustraire, car il a le libre choix du médecin. Cependant, il ne paraît pas qu'une règle générale puisse être établie. Il faut, en effet, tenir compte de certaines contingences qui changent la face du problème. On ne pourra obliger, sous peine de refus de la rente, un ouvrier à suivre un traitement pénible et douloureux. Il y aura également à tenir compte de l'état psychique de la victime. On peut avoir affaire à un névrosé qui redoute vraiment un traitement parfois des plus bénins, et qui pourrait peut-être, si on voulait le forcer, présenter des troubles psychiques graves.

Tout autre est le cas où l'ouvrier y met une mauvaise volonté évidente, et refuse un traitement efficace, sans danger et bénin, dans le seul but de retarder sa guérison.

Il faudra donc tenir compte des contingences, et, pour conclure équitablement, l'expert n'aura pas trop de toute sa prudence et de toute son impartialité.

CONCLUSIONS

I. — L'expression « consolidation de la blessure » a un sens juridique qu'il ne faut pas confondre avec son sens chirurgical.

Elle ne s'applique qu'à l'incapacité permanente partielle, et nous la définirons avec M. le professeur Reclus : « La date où le malade peut reprendre son travail réduit », ou encore : « Le moment où le travail est devenu possible. »

II. — On distingue une « consolidation actuelle », lorsque l'expert déclare la blessure consolidée au moment de l'expertise ; « une consolidation en arrière », lorsque l'expert doit indiquer la date de consolidation remontant à une époque plus ou moins éloignée.

III. — L'expert aura à trancher les différends entre le blessé et son médecin, d'une part, le patron ou l'assurance et son médecin, d'autre part.

Du côté des premiers, il peut y avoir simulation, troubles psychiques, craintes de complications tardives, temporisation excessive.

Du côté des seconds, il peut y avoir tendance à faire reprendre le travail trop tôt.

L'expert, dans ses conclusions, devra être impartial, s'entourer de toutes les précautions désirables, d'autant qu'il n'est pas possible d'établir des règles précises pour la détermination de l'incapacité, dans les différents cas.

IV. — Dans la « consolidation en arrière », l'expert devra se baser, autant que possible, sur les certificats fournis par les parties.

Si ces certificats font défaut, ou sont insuffisants, l'expert fera « un arbitrage logique en prenant ce qui arrive le plus souvent ».

V. — L'expert aura à dire si l'incapacité permanente est totale ou partielle.

L'incapacité ne sera déclarée totale que si elle entrave complètement l'exercice de toute profession.

Si elle n'est totale que pour la profession antérieurement remplie, tout en permettant l'exercice d'une nouvelle, on déclarera l'incapacité « permanente partielle », en tenant compte dans l'évaluation, de la difficulté qu'aura l'ouvrier pour apprendre son nouveau métier.

Dans les évaluations des incapacités partielles, il faudra tenir compte de la profession de la victime.

VI. — Il n'y aura pas lieu, dans l'évaluation de l'incapacité, de tenir compte de « l'état antérieur » de la victime.

VII. — Il faudra tenir compte des troubles dus à l'hystéro-traumatisme, après avoir recherché s'il ne s'agissait pas de simulation.

La meilleure conduite à tenir, dans la majorité de

ces cas d'hystéro-traumatisme, sera de consolider, en donnant une rente peu élevée, ou un capital représentant cette rente ; souvent, la guérison se produira ainsi.

VIII. — La présence d'œdèmes devant retarder la consolidation, on recherchera si l'œdème est en rapport avec la blessure, ou s'il est médical ; on recherchera également s'il ne s'agit pas de simulation.

IX. — Certaines blessures incurables devront pourtant être consolidées, mais on tiendra compte, dans l'évaluation de l'incapacité, de certains dommages dus à ces blessures (pansements, chômage, etc.).

X. — On ne peut diminuer le taux de la rente d'un ouvrier refusant une opération, même qualifiée bénigne.

XI. — Le refus de traitement peut, suivant les cas, entraîner ou non le rejet ou la diminution de la rente.

Vu : le Président de la thèse,

RECLUS

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD



BIBLIOGRAPHIE

Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale.

BARRAL. — L'État antérieur dans les accidents du travail, déc. 1909 (Thèse de Lyon).

BALTHAZARD. — L'État antérieur chez les victimes des accidents du travail (Presse médicale, 1908, n° 18, 29 février).

BAUDRY. — Étude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes. Paris, Vigot, éditeur.

BALLET (Gilbert). — Accidents du travail. Psycho-névroses traumatiques (Traité de pathologie mentale, livre X, chapitre II, paragraphe 5).

BECKER. — Les Accidents du travail, 1903.

BELLOM. — De la Responsabilité en matière d'accidents du travail. Paris, 1902.

BOYER. — La Consolidation dans les accidents du travail (Thèse de Paris, 1903. Baillière, éditeur).

BLUM. — De l'Hystéro-neurasthénie traumatique.

BROUARDEL (G.). — Annales d'hygiène et de médecine légale, 1902.

— Les Accidents du travail (Guide du médecin).

— Les Accidents du travail (1 vol. des Actualités médicales. Baillière, éditeur, 1903).

— Cours de Médecine légale de la Faculté de Médecine de Paris.

— Les Blessures et les accidents du travail, 1906.

BRUGEILLES et DALFORT. — Accidents du travail.

Bulletin de la Société de Chirurgie :

Séance du 26 mars 1907 ; séance du 15 juillet 1908 ;

communication de M. Robineau, rapport de M. Walther, séance du 13 avril 1910; Abadie, rapport de M. L. Picqué, séance du 15 juin 1910; appendicite traumatique, discussion de MM. Guinard, Broca, Delorme, Jalaguier, Kirmisson, Moty, Quénu, Tuffier, Routier, Savariand, séance du 29 juin 1910; discussions de MM. L. Picqué, Michaux, Quénu, Kirmisson, Maclaure, Guinard, séance du 6 juillet 1910.

CAILLAUX. — Guide du médecin oculiste dans les accidents du travail.

CLAISSE. — La Loi de 1898 et l'appareil de la vision (Thèse de Nancy, 1901-1902, n° 5).

CASSEX. — L'Oreille et les accidents du travail (Annales d'hygiène, juillet 1903, p. 37).

CHEVALIER. — Les Aphasies traumatiques (Thèse de Paris, juin 1910).

DESTOT. — Fractures anciennes de la région malléolaire (Lyon chirurgical, t. IV, n° 3, 1^{er} septembre 1910).

Deutsche Medizin. Woch., 29 avril 1909.

DUCHAUFFOUR. — De la Consolidation des lésions résultant d'accidents du travail (Ann. d'Hygiène publique et de Médecine légale, février 1903, p. 97).

DURAND. — De l'Hystérie traumatique au point de vue médico-légal (Thèse de Montpellier, 1903-1904, n° 15).

DUPRÉ. — L'Œuvre psychiatrique et médico-légale du professeur Brissaud, brochure.

FALLOT. — De la Revision dans les accidents du travail (Marseille médical, t. XLVII, n° 18, 15 sept. 1910).

FERRETTE et LAVAL. — Les Accidents du travail.

FORGUE et JEANBRAN. — Guide pratique du médecin dans les accidents du travail, avec préface de J. Cruppi. Masson, 1909.

— La Hernie, accident du travail, devant la Jurisprudence française. Paris, 1904.]

— Rôle du médecin dans les accidents du travail.

- GALLEZ. — Académie royale de Belgique, 1895, n° 2.
- GASSEUD. — Thèse de Montpellier, 1907, n° 21.
- Gazette du Palais, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910.
- GRUNERT. — Deutsche militar Zeitsch., 1905.
- GUILLAIN. — Thèse de Paris, 1902-1903, n° 198. Steinheil, éditeur.
- GUINARD. — Affections chirurgicales de l'abdomen, in-8°. J.-B. Baillière et fils.
- GORECKI. — Les Accidents du travail concernant l'appareil de la vision (Thèse de Nancy, 1901-1902, n° 5).
- HOFMANN (E. VON). — Atlas manuel de Médecine légale (édition française, par Ch. Vibert).
- Journal officiel, 1901, Chambre des députés. Documents parlementaires, annexe 2332, p. 335.
- KOLTCHINE. — Cas de myosite ossifiante traumatique, après luxation du coude en arrière (Chirurgia, t. XXVIII, n° 164, août 1910).
- LEVALLOIS. — L'Incompatibilité des rôles du médecin expert et du médecin traitant dans la loi sur les accidents du travail (Thèse de Lille, mai 1910).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Nécessité du mouvement dans les fractures: massage et mobilisation.
- MARINIER et VALLET. — Épilepsie traumatique (Gazette des hôpitaux, n° 21, 19 février 1910).
- MARGUÈS et PHILIPPOT. — Médecine des accidents du travail, 1903.
- MARCHAND. — Accidents du travail et aliénation mentale (Manuel de Médecine mentale, 7^e partie).
- MAUCLAIRE. — Ankyloses du genou (*in* La Médecine et les accidents du travail, t. VIII, n° 9, sept. 1910).
- MILAN. — Thèse de Paris, 1908.
- MOUCHET. — Déformation du rachis d'origine traumatique (La Médecine et les accidents du travail, t. VII, n° 12, décembre 1909).
- MOTY. — Névrites traumatiques et hystérie (Semaine médicale, t. XXX, n° 35, 31 août 1910).

OLLIVE et LE MEIGNEN. — Accidents du travail. De Rudeval, édit.

RAMÉ. — Étude, au point de vue médical, de la loi du 9 avril 1848 sur les accidents du travail (Thèse de Paris, 1901).

RECLUS. — La Hernie et les accidents du travail (Journal des Praticiens, 29 janv. 1910).

— Le « Mythe de l'orchite traumatique » et la loi sur les accidents du travail (Quinzaine thérapeutique, 10 octobre 1910).

— Cliniques de la Charité, 1909. Masson, éditeur.

— « La Consolidation de la blessure » (Journal des Praticiens, 14 janvier 1911).

RÉGIS. — Précis de Psychiatrie.

REILLE. — L'Œil et les accidents du travail (Annales d'Hygiène et de Médecine légale, 1903).

REMY (Ch.). — Cours de Chirurgie et de Médecine légale sur les accidents du travail, 1903.

RICHE (A.). — Les États neurasthéniques (de la collection les Actualités médicales). J.-B. Baillière et fils.

ROEHMER. — Évaluation des incapacités professionnelles. Paris, 1902. Masson, éditeur.

SACHET. — Des Accidents du travail.

SAUD (R.). — La Simulation et l'interprétation des accidents du travail.

Société de Médecine légale (séance du 12 déc. 1910) :

Deux cas de coccygodinie traumatique ; leur interprétation au point de vue médico-légal ; communication de MM. Courtois-Suffit et Bourgeois ; discussion de MM. Thoinot, Schwartz, Socquet, Granjux, Simonin. Dubosc.

STROHE. — Deutsche Zeits. f. Chirurgie, 1909.

Traité de Chirurgie Duplay et Reclus.

Nouveau Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet.

THOINOT. — Les Accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique. O. Doin, éditeur, 1904.

VAUTOUROUX. — Algies centrales post-traumatiques (Thèse de Lille, nov. 1909).

VIBERT (Ch.). — Les Accidents du travail (Étude clinique et médico-légale des affections internes produites par ces accidents).

— Médecine légale. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

— La Névrite traumatique (Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale, 1895, t. XXIII).

— La Névrose traumatique (Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemins de fer. Paris, 1893: J.-B. Baillière et fils).

VILLETARD DE PRUNIÈRES et REMY (Ch.). — Recueil spécial des accidents du travail, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910.

WAGNER. — Première Pratique médicale de la loi sur les accidents du travail (Thèse de Paris, 1901).

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
I. — Historique.....	9
II. — Définition de l'accident du travail et de « la consolidation ».....	11
III. — Date de la consolidation.....	19
a) De la consolidation actuelle.....	19
b) De la consolidation « en arrière ».....	25
IV. — Détermination de l'incapacité.....	27
a) Base de la détermination.....	27
b) Quelques évaluations admises par la jurisprudence française.....	33

DEUXIÈME PARTIE

I. — L'état antérieur et la consolidation.....	37
Diathèses. — Infections. — Traumatismes.....	37
II. — Hystéro-traumatisme et consolidation.....	47
III. — Œdèmes et consolidation. — Nomenclature des simulations.....	53
IV. — Doit-on consolider certaines blessures <i>non guéries</i> ?.....	57
V. — Doit-on diminuer le taux de la rente si l'ouvrier se refuse à l'opération?.....	59
Le refus par un ouvrier de se laisser soigner entraîne-t-il une diminution de la rente ou même le rejet complet de cette rente?.....	66
CONCLUSIONS.....	69
BIBLIOGRAPHIE.....	73

